UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 73

LA NÉPHRECTOMIE DEVANT LA LOI

SUR

LES ACCIDENTS DU TRAVAIL

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 24 Juillet 1914

PAR

J. AMALRIC

EX-INTERNE DES HOPITAUX D'AVIGNON

RÉPÉTITEUR D'ACCOUCHEMENTS A LA MATERNITÉ DE VAUCLUSE

Né à Saint-Michel (Basses-Alpes), le 14 Janvier 1890

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

FORGUE, Professeur, *Président.*
ESTOR, Professeur.
MASSABUAU, Agrégé
ETIENNE, Agrégé.

Assesseurs.

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1914

LA NÉPHRECTOMIE DEVANT LA LOI

SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 73

LA NÉPHRECTOMIE DEVANT LA LOI

SUR

LES ACCIDENTS DU TRAVAIL

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 24 Juillet 1914

PAR

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

J. AMALRIC

EX-INTERNE DES HOPITAUX D'AVIGNON

RÉPÉTITEUR D'ACCOUCHEMENTS A LA MATERNITÉ DE VAUCLUSE

Né à Saint-Michel (Basses-Alpes), le 14 Janvier 1890

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

FORGUE, Professeur, *Président.*
ESTOR, Professeur.
MASSABUAU, Agrégé. } *Assesseurs.*
ETIENNE, Agrégé.

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1914

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✻). . . . . DOYEN
SARDA. . . . . ASSESSEUR
IZARD . . . . . SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique chirurgicale	MM. TEDENAT (✻).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (✻).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✻).
Clinique ophtalmologique.	TRUC (O. ✻).
Chimie médicale.	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✻).
Clinique chirurgicale infantile et orthop.	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL (✻).
Pathologie et thérapeutique générales . .	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Clinique médicale.	RAUZIER (✻).
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale. . . .	VIRES.
Anatomie pathologique	N...

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET
Doyen honoraire : M. VIALLETON
Prof. hon.: MM. E. BERTIN-SANS (✻), HAMELIN (✻), GRASSET (O ✻)
Secrétaire honoraire : M. GOT

Chargés des Cours Complémentaires

Clinique gynécologique.	MM. DE ROUVILLE, prof. adj.
Accouchements.	PUECH, prof. adj.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie . .	MOURET, prof. adj.
Pathologie externe	LAPEYRE, a. l. (ch. de c.)
Clinique des malad. des voies urinaires.	JEANBRAU, a. l. (ch de c.)
Clinique ann. des mal. syphil. et cutan.	VEDEL, agr. l. (ch. de c.)
Médecine opératoire.	SOUBEYRAN, a. l. (c. c.)
Clinique annexe des mal. des vieillards.	EUZIERE, agrégé.
Accouchements.	P. DELMAS, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM. RICHE	MM. J. DELMAS
GRYNFELTT	CABANNES	RIMBAUD
LAGRIFFOUL	DERRIEN	ROGER
LEENHARDT	P. DELMAS	ETIENNE
GAUSSEL	MASSABUAU	LISBONNE
	EUZIÈRE	MARQUÈS ch. d. f.

Examinateurs de la Thèse

MM. FORGUE, *professeur, présid.* | MM MASSABUAU, *agrégé.*
ESTOR, *professeur.* | ETIENNE, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Humble témoignage de reconnaissance filiale.

A MON FRÈRE

Souvenir d'excellente affection.

AU DOCTEUR PAUL NEOLLIER

A TOUS LES MIENS ET A TOUS MES AMIS

J. AMALRIC.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FORGUÉ

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ESTOR

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MASSABUAU

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ETIENNE

A MES MAITRES

DE LA FACULTÉ DE MONTPELLIER ET DES HOPITAUX D'AVIGNON

J AMALRIC

AVANT-PROPOS

Arrivé à la fin de nos études, il nous est doux de jeter un regard en arrière, et d'apporter un tribut de profonde reconnaissance à tous ceux qui nous aidèrent à mener à bien une longue tâche.

Et d'abord nos remerciements iront à notre père et à notre mère qui nous témoignèrent un dévouement inlassable et un appui incessant dans toutes les difficultés que nous eûmes à surmonter. Nous avons toujours présents à l'esprit les sacrifices qu'ils firent pour nous, et ce nous est une douce joie que de leur présenter l'hommage de notre thèse. L'exemple de leur vie, toute de labeur et de probité, guidera tous nos pas dans la carrière médicale.

Notre pensée va ensuite à nos excellents maîtres à qui nous sommes redevable de toutes nos connaissances.

Que M. le professeur Forgue veuille accepter nos remerciements, pour le grand honneur qu'il nous a fait d'accepter la présidence de notre thèse.

Nous remercions également le professeur Estor, à l'obligeance de qui nous devons une observation, et les professeurs agrégés Massabuau et Etienne.

Nos hommages vont ensuite au professeur Jeanbrau, dont l'autorité, en matière d'accidents du travail, est

reconnue de tous. Il nous a donné d'utiles conseils pour la rédaction de notre travail.

Nous n'aurions garde d'oublier les maîtres et amis que nous rencontrâmes à l'Hôpital d'Avignon.

M. le docteur Paul Pamard, chirurgien en chef, qui nous donna les éléments de ce travail, fut pour nous un maître aussi aimable que dévoué. A ses côtés, nous avons appris les principales notions chirurgicales, et nous avons admiré souvent la hardiesse et la précision de son bistouri. Qu'il reçoive ici nos meilleurs remerciements.

Nous tenons en grande estime le docteur Abelly, médecin en chef de l'hôpital, qui fut pour nous un bon maître et ami. En plusieurs circonstances il nous honora de sa confiance et nous l'en remercions. Le docteur Montagard, chirurgien en chef, nous a laissé le souvenir d'un esprit très cultivé ; il augmenta beaucoup nos connaissances, et nous lui en sommes très reconnaissant.

Nous eûmes l'honneur d'être, pendant plusieurs mois, l'interne du docteur Cassin, chirurgien en chef de la maternité de Vaucluse. Il a développé en nous l'esprit d'observation. Son laboratoire nous fut toujours ouvert et il nous aida souvent de ses précieux conseils : nous l'en remercions beaucoup.

Que notre maître, le docteur Brunschwig, professeur départemental d'accouchements et accoucheur à la Maternité de Vaucluse, reçoive nos hommages : nous avons sympathisé ensemble dès les premiers jours et il restera à nos yeux le modèle du médecin probe et consciencieux.

Nous ne saurions trop remercier le docteur Tartanson, dont nous appréciâmes les remarquables qualités chirurgicales. Il nous donna les marques de la plus grande amitié.

Les docteurs Rémy, Roux, Jacquet, Charlet et Bec, nous ont laissé aussi les meilleurs souvenirs.

Nous aurions garde d'oublier notre compatriote le docteur Caire. Nous avons pu apprécier pendant de longues années ses qualités de cœur et d'esprit. Nous le comptons parmi nos meilleurs amis.

Nous avons été heureux de rencontrer à l'Internat d'excellents camarades : le docteur Collon, et en particulier le docteur Paul Néollier avec qui nous nous liâmes d'amitié dès les premiers jours, amitié qui n'a cessé de croître depuis. Nous avons eu souvent l'occasion d'apprécier ses nombreuses qualités. Il restera notre meilleur ami.

Il nous est impossible de nommer tous ceux qui méritèrent notre reconnaissance à différents titres : Messieurs les Administrateurs des Hôpitaux d'Avignon en particulier, qui nous témoignèrent de nombreuses marques d'amitié. A tous, nous disons merci.

LA NÉPHRECTOMIE DEVANT LA LOI

SUR

LES ACCIDENTS DU TRAVAIL

INTRODUCTION

La loi de 1898, en accordant à l'ouvrier accidenté du travail une indemnité variable avec son degré d'incapacité a entraîné des conséquences nouvelles au point de vue des interventions subies à l'occasion de ces accidents.

Nous nous sommes proposé d'étudier, dans ce travail, ces conséquences dans les néphrectomies.

Mais auparavant, nous avons passé en revue les différents cas où l'indication de cette opération se pose chez un ouvrier victime d'un accident du travail. Car il est bien certain que si la néphrectomie a été l'aboutissant des divers cas envisagés, le malade se trouvait dans un état bien différent, suivant les circonstances dans lesquelles on est intervenu.

Tantôt c'est la néphrectomie d'urgence qu'il a fallu faire, l'accident ayant été suivi de symptômes extrêmement graves de traumatisme rénal.

Tantôt il s'est agi d'une complication tardive d'origine traumatique : hydronéphrose, pyélonéphrite secondaire, hématuries tardives.

Enfin, dans un autre ordre de faits, l'accident a simplement aggravé une affection préexistante de l'appareil urinaire : lithiase, hydronéphrose ; et l'indication de néphrectomie ne s'est posée que longtemps après l'accident.

Après avoir fait un historique rapide de la néphrectomie, nous avons étudié successivement ces diverses catégories de cas, et, dans une vue d'ensemble, nous avons montré quelles pouvaient être les conséquences de la néphrectomie, en un mot, quelle était la valeur sociale d'un ouvrier privé de son rein.

Nous avons été ainsi amené à examiner dans un dernier chapitre les rapports de la néphrectomie avec l'incapacité du travail :

1° Au point de vue du droit commun ;

2° Au point de vue de la loi de 1898.

Quelques observations nous ont permis d'exposer les discussions auxquelles ont donné lieu quelques accidents de ce genre et le taux d'incapacité qui en est résulté.

HISTORIQUE DE LA NÉPHRECTOMIE

La néphrectomie pour traumatisme du rein date des débuts de la chirurgie. Jusqu'à la fin du siècle dernier on traitait les lésions rénales graves par la saignée. Simon de Heidelberg fut le premier qui, en 1876, préconisa la néphrectomie dans les cas d'hématuries graves par contusion rénale.

Gargam (thèse de Paris, 1881), Poircault (thèse de Paris, 1882) et Brodeur (thèse de Paris, 1886) se rallièrent à l'intervention chirurgicale et rapportèrent quelques cas de néphrectomies pour déchirures du rein.

Mais il faut croire que les résultats opératoires furent médiocres, puisque Maunoury de Chartres, pouvait dire au Congrès de Chirurgie en 1885 : « La néphrectomie proposée par Simon dans les cas d'hématuries graves doit rester dans le domaine de la théorie : nous pensons qu'il ne faut intervenir que si la suppuration existe ».

Momentanément abandonnée, la néphrectomie fut remise en honneur par Lucas-Championnière, Gérard Marchand, Peyrot et Tuffier, et Poy, résumant dans sa thèse de Paris (1894) les opinions de ces chirurgiens, s'exprimait ainsi : « l'intervention chirurgicale s'impose

toutes les fois que l'état du blessé devient inquiétant, que ce soit par le fait de l'hémorragie ou par le fait de l'infection ».

De 1894 à 1898 de nombreuses observations de rupture de rein sont publiées par Gérard Marchand, Peyrot, Baron, Morestin, Montprofit.

Le 7 mars 1900, M. Gérard Marchand déclare à la Société anatomique que l'intervention, (néphrectomie ou suture), s'impose quand on a constaté un hématome périrénal abondant. Tuffier, plus prudent, n'intervient que s'il y a commencement d'infection.

Enfin, dans ces dernières années, nombreuses ont été les néphrectomies pour rupture du rein, ainsi qu'en témoignent les observations multiples que nous indiquons dans la bibliographie.

Les progrès de l'asepsie ont certainement amélioré dans de fortes proportions les résultats de cette intervention. Les statistiques montrent que la mortalité, quand on n'intervient pas, est de 34 à 51 0/0 d'après Edler, et de 30 à 77 0/0 d'après Küster, tandis qu'elle n'est plus que de 23 0/0 si on opère. Et encore faut-il faire une grande part, dans ces échecs, aux lésions concomitantes d'autres organes (foie, rate, intestin, etc.).

Nous avons pu réunir 61 cas de néphrectomie pour rupture du rein : 47 opérés ont survécu.

Donc, actuellement, la néphrectomie est sans conteste l'intervention nécessaire dans les traumatismes graves du rein.

CHAPITRE PREMIER

NÉPHRECTOMIE D'URGENCE

Elle est indiquée chaque fois que des symptômes de rupture grave du rein sont constatés : hématurie abondante et progressive, formation d'un hématome périrénal s'accroissant rapidement, état général alarmant.

Voyons quelle est sa fréquence.

Et d'abord il est évident qu'on ne peut intervenir dans tous les cas de rupture grave du rein, soit que le chirurgien n'ait pas eu le temps matériel d'intervenir, soit qu'il ait reculé devant un état général trop mauvais, par suite du shok ou de l'anémie suraiguë.

Mais nombreux sont les cas où on est intervenu. Quelques statistiques nous fixeront sur la fréquence des ruptures et sur celle des néphrectomies.

Küster, faisant le recensement des cas de pathologie externe qui se sont présentés dans trois grands hôpitaux : la Clinique de Bâle, l'hôpital de Berlin, et la Clinique de Marbon, pendant une période de 20 ans, a trouvé 10 ruptures du rein, sur un total de 7.741 cas de chirurgie.

A l'hôpital Saint-Georges, sur 9.500 malades entrés en

chirurgie en cinq ans, Moris en a trouvé 9 atteints de rupture du rein.

Au Frederich Hospital, Goldstein en trouve 22 cas en 20 ans. Frank en trouve 39 cas en 17 ans dans le service de Korté à Berlin. Waldvogel en a compté 21 cas de 1895 à 1900 à la Kœnigs Klinik de Gettingue et Watson 25 cas en 14 ans au Boston City Hospital.

Si nous faisons une moyenne, nous voyons que la proportion de rupture du rein est de 0,09 à 0,10 °/₀. Il est remarquable que 9 fois sur 10 la rupture ne s'accompagne pas de plaie tégumentaire. De plus, les hommes sont beaucoup plus souvent atteints que les femmes, ce qui est assez naturel, si on considère que les professions exercées par les hommes exposent beaucoup plus aux traumatismes que celles des femmes.

Dans les statistiques précédentes, il n'est tenu compte que des ruptures diagnostiquées. Mais ne peuvent-elles pas passer inaperçues ? C'est indiscutable : ainsi Hergoz sur 7.805 autopsies pratiquées à l'Institut pathologique de Munich, en l'espace de 20 ans, a rencontré 17 ruptures du rein, soit 0,20 °/₀. Morris sur 2.610 autopsies en rapporte 13 cas, soit 0,45 °/₀. Guterbock sur 985 autopsies judiciaires note 12 fois des déchirures du rein. Watson, sur 292 cas de contusion abdominale, trouve le rein blessé 35 fois, alors que l'intestin, par exemple, ne l'était que 22 fois.

De tout cela, retenons seulement que les ruptures du rein sont relativement peu fréquentes, par rapport aux autres lésions traumatiques de l'organisme.

Quelle est la proportion des opérés ?

Sur les 39 cas de Frank, on intervint 5 fois seulement ; et il y eut 33 guérisons ; la plupart d'entre elles se maintinrent longtemps. Trois de ces blessés furent indemni-

sés (1) et reçurent une rente correspondant à 33 °/₀ d'incapacité permanente. Mais nous reviendrons ultérieurement sur l'avenir des opérés.

Nous n'avons envisagé jusqu'ici que les ruptures des reins. Mais la néphrectomie d'urgence peut encore être indiquée dans d'autres lésions pararénales, notamment dans les ruptures de l'artère rénale ou de ses branches, dans les déchirures larges du bassinet, dans les ruptures ou l'arrachement de l'uretère.

Legueu a publié, dans le *Bulletin de la Société de Chirurgie* (3 février 1914), un cas où l'uretère fut complètement isolé du rein par le traumatisme. La néphrectomie fut faite. Mais ces accidents sont rares, car Legueu n'en a trouvé que trois exemples, le sien compris.

Il existe une autre observation, celle de Wiesinger, rapportée par Blanel (2).

Il s'agissait d'un petit garçon écrasé par une lourde voiture, et qui mourut au bout de 2 heures. A l'autopsie, l'uretère droit fut trouvé complètement rompu à quelques centimètres au-dessous du rein.

Plus fréquents sont les cas où l'uretère fut incomplètement rupturé. M. Monod a pu réunir 27 observations. Chez 4 de ces blessés on fit la néphrectomie secondaire pour accidents de suppuration. 17 malades guérirent : 4 sans intervention, 10 après des ponctions plusieurs fois répétées et 3 après ponctions suivies d'incision.

Très intéressant est le cas rapporté par M. Bonnet à la séance du 4 février de la Société de Chirurgie de Paris,

---

(1) Forgue et Jeanbrau. Accidents du travail.

(2) Ueber Subkutane Ureterverletzungen. Brun's Beiträge 1906. (T. L. page 28-69).

concernant une rupture incomplète de l'uretère par coup de pied de cheval ; rupture accompagnée de broiement du rein et de déchirure du calice. La néphrectomie fut faite le 24me jour. Le blessé guérit. Nous relatons son observation in extenso, car elle est intéressante à plusieurs points de vue, notamment au point de vue des résultats excellents de l'intervention.

Nous n'avons trouvé qu'un petit nombre d'observations de ruptures des vaisseaux du rein. La néphrectomie dans ces cas est rarement pratiquée, car la mort rapide par hémorragie survient presque toujours.

CHAPITRE II

NÉPHRECTOMIE POUR COMPLICATIONS D'ORIGINE TRAUMATIQUE

Voici le cas ordinaire : un ouvrier a fait une chute ou reçu un coup dans la région lombaire ; dans d'autres cas, il a seulement fait un effort violent et une douleur est apparue dans un hypocondre ; le malade a uriné un peu de sang. Mais tous ces phénomènes ont été passagers et après quelques jours de repos tout est rentré dans l'ordre, lorsque quelques jours ou quelques semaines plus tard, l'hématurie a reparu ; ou bien une tumeur s'est montrée dans la région rénale : un hématome s'est formé ; un phlegmon périnéphrétique pourra en résulter et le rein lésé lui-même sera quelquefois complètement détruit. Que faire ? La néphrostomie ? Elle a l'avantage de ne point supprimer complètement le rein, mais elle laisse après elle une fistule intarissable. C'est donc la néphrectomie qui sera l'opération de choix.

Pour mettre de l'ordre dans ces complications nous en ferons une classification.

Elles peuvent être : primitives, c'est-à-dire se produire

dans les premiers jours qui suivent l'accident ; ou tardives ; dans ce cas elles ne surviennent que plusieurs mois après le traumatisme.

Les complications primitives se classent en infectieuses et non infectieuses ; parmi les premières nous rangerons la pyélonéphrite, l'abcès et le phlegmon périnéphrétiques, la pyonéphrose : dans le second groupe, nous placerons les hémorragies intra-péritonéales ou périrénales, l'hydronéphrose traumatique et l'oblitération de l'uretère.

I. Complications infectieuses. — *a*) Pyélonéphrite : la néphrectomie sera indiquée s'il existe des abcès multiples, si le rein est détruit en grande partie, car, dans ces cas, il est acquis que la mort survient 75 fois sur 100 (Tuffier).

b) *Abcès et phlegmon périnéphrétiques.* — Ils sont le plus souvent secondaires à l'infection du rein et il sera indiqué de supprimer ce dernier, lorsque l'état infectieux est grave et qu'on n'a plus rien à attendre du rein malade.

c) *Pyonéphrose.* — Elle résulte de l'infection de la poche d'hydronéphrose, soit par voie ascendante, soit par contiguïté dans les lésions d'organes voisins (intestins, péritoine), soit surtout par voie sanguine.

II. *Complications non infectieuses.* — *a*) Hémorragies intra-péritonéales ou périrénales : elles nécessiteront l'intervention par leur abondance ou leur fréquence croissante. On se basera sur la tuméfaction diffuse des lombes qui indiquera le degré de l'hémorragie :

b) *Hydronéphrose traumatique.* — Son existence est incontestable. Son apparition est généralement rapide, mais elle survient quelquefois après que la guérison du traumatisme paraissait établie. Tchaloussoff (1) relate un cas où cette hydronéphrose apparut 20 jours après une rupture sous-cutanée du rein, alors que la guérison paraissait parfaite.

Elle est loin de nécessiter dans tous les cas la néphrectomie. On n'interviendra que si les conditions suivantes sont réalisées : tumeur considérable, uretère définitivement obstrué et urines normales. Ce dernier point est de première importance, car si les urines sont normales en quantité et en qualité, le rein sain fonctionne bien et la néphrectomie peut être tentée sans crainte. L'hydronéphrose peut se fistuliser et la fistule s'infecter. Ces fistules deviennent alors inguérissables : l'organisme est débilité par ce foyer de suppuration toujours en activité et le traitement de choix parait être la néphrectomie.

c) *Oblitération de l'uretère.* — Quelquefois l'uretère est complètement bouché par un caillot. Le rein subit alors la transformation qu'on observe après la ligature de l'uretère. Corbet (2) a publié les résultats de ses recherches expérimentales sur l'obstruction de l'uretère. Il conclut que cette oblitération entraîne constamment des lésions graves de destruction. Le fonctionnement du rein est totalement perdu si l'obstruction date de plus de 24 jours, et la néphrectomie s'impose le plus souvent.

---

(1) Tchaloussoff. — Kazausky meditzinsky journal. — Tome XII, n° janvier-février 1912.

(2) The américan journal of the Medical-Sciences, 4 octobre 1912.

Dans d'autres cas, ce n'est pas un caillot qui obture l'uretère, mais un épanchement uro-hématique périrénal qui le comprime. Le professeur Jeannel, de Toulouse, en cite un exemple dans les Archives médicales de Toulouse.

Si l'obstruction est complète les conséquences sont identiques à celles de la ligature.

III. *Complications tardives.* — Rouger écrivait en 1835 : après cessation complète de la douleur, on l'a vue quelquefois renaître d'une manière sourde, et cela plusieurs mois ou plusieurs années après l'accident ; des abcès se sont formés qui pourront nécessiter par leur volume ou leur nombre une néphrectomie.

Une autre complication tardive est la formation des calculs dans un rein traumatisé. Tuffier a cité deux cas où on a trouvé le caillot fibrineux au centre du calcul.

De plus il est certain qu'un traumatisme peut être l'origine d'un rein mobile. Mais il est exceptionnel qu'on ait à le traiter par la néphrectomie.

CHAPITRE III.

NÉPHRECTOMIE POUR AGGRAVATION PAR UN TRAUMATISME D'AFFECTIONS PRÉEXISTANTES DU REIN.

Ce chapitre sera bref, car les cas de ce genre sont rares. Nous étudierons successivemeni l'aggravation par un traumatisme de la tuberculose rénale, de l'hydronéphrose, de la lithiase urinaire, de la dégénérescence kystique et amyloïde du rein.

a) *Tuberculose rénale.* — Orth (1) a fait quelques expériences sur l'influence du traumatisme sur la tuberculose rénale. Il en a conclu, qu'elle pouvait être aggravée et quelquefois créée par la contusion. Celle-ci favoriserait le développement du bacille de Koch dans le premier cas et sa localisation dans le second.

C'est, d'ailleurs, une règle à peu près générale que le

---

(1) Demonstration traumatischer Nierentuberkulose. Berlin, Klin. Wochenschrift, 1907, n° 43.

traumatisme aggrave la tuberculose en diminuant la résistance vitale des tissus.

Une plaie pénétrante du rein peut, dans d'autres cas, ajouter une infection secondaire à une tuberculose rénale préexistante et, de ce fait, provoquer une intervention radicale.

b) *Hydronéphrose.* — Une hydronéphrose peut se rompre sous l'influence d'un traumatisme. Montprofit, Nové-Josserand, Denis, en ont rapporté 11 cas.

Il en résulte une périnéphrose avec les signes d'une rupture du rein : hématuries, douleurs lombaires, tumeur périrénale. La néphrectomie pourra être tentée dans ces cas.

c) *Lithiase urinaire.* — Il est acquis, que les calculs du rein se compliquent parfois d'hydronéphrose ou de périnéphrite. Vienne un traumatisme ou une plaie pénétrante : l'hydronéphrose pourra se transformer en pyonéphrose et la périnéphrite en phlegmon périnéphrétique. Le chirurgien sera ainsi amené, parfois, à pratiquer la néphrectomie.

d) *Dégénérescence kystique.* — Un traumatisme peut amener la rupture de kystes parenchymateux et une hémorragie grave surviendra, qui nécessitera une néphrectomie.

Dans un autre ordre de faits, une plaie du rein kystique peut provoquer la suppuration du kyste ; d'où néphrectomie. Les résultats sont d'ailleurs très médiocres, car le rein opposé est souvent atteint lui-même de dégénérescence kystique. La mortalité est de 30 °/₀.

e) *Dégénérescence amyloïde.* — Lombroso rapporte un cas de déchirure du rein consécutive à un petit traumatisme : le malade mourut en 6 heures, et on constata à l'autopsie l'existence d'un rein amyloïde dégénéré insoupçonné jusque là.

Dans tous les cas précédemment envisagés, l'indemnité à accorder sera la même que dans la néphrectomie d'urgence, la loi de 1898 ne tenant aucun compte de l'état antérieur.

CHAPITRE IV

VALEUR SOCIALE D'UN NÉPHRECTOMISÉ

Elle sera bien différente si le rein qui reste est parfaitement sain ou au contraire altéré.

Voyons d'abord ce qui se passe chez un néphrectomisé dont l'autre rein est en parfait état. Dans un grand nombre de cas, il guérit complètement, et devient normal, médicalement parlant. Nous avons d'ailleurs des exemples d'absence congénitale d'un rein chez des sujets qui ne présentaient aucun trouble, et chez qui cette absence ne fut constatée qu'à l'autopsie ou au cours d'un examen de l'appareil urinaire.

L'organisme, dans ce cas, était donc parfaitement adapté à cette disposition et le rein unique avait la valeur des deux reins.

Il n'est donc pas impossible qu'un néphrectomisé ne puisse se comporter comme un porteur d'un seul rein, par anomalie congénitale.

Le Dr Bazy (1) compare le rein à une machine qui ne

(1) Bulletin médical, 21 février 1912.

travaille pas à pleine charge en période normale, mais qui est susceptible, le cas échéant, de fournir un rendement bien supérieur, si bien qu'un seul rein pourrait, à un moment donné, et pendant un certain temps, faire office des deux.

Mais il n'en est pas toujours ainsi, et le néphrectomisé est exposé à de nombreuses complications, soit immédiates, soit tardives.

Complications immédiates. — En premier lieu il est exposé à celles qui accompagnent toutes les interventions graves, et dans notre statistique (1), nous avons montré que la mortalité était grande après une néphrectomie. Sur 371 néphrectomies primitives faites pour altérations diverses, Tuffier trouve une mortalité de 36,8 °/₀. Cette proportion s'abaisse évidemment beaucoup (23 °/₀) quand la néphrectomie est faite chez un homme sain pour rupture du rein. Elle n'en reste pas moins fort élevée.

L'infection sera particulièrement redoutable, car il n'y aura qu'un seul rein pour assurer l'élimination des poisons microbiens.

Dans d'autres cas on observera des troubles nerveux réflexes : paralysies temporaires du plexus brachial du côté blessé (Ollier), fréquence du pouls (Le Dentu) : anurie par réflexe réno-rénal (Brigl et Bisdom) (2).

Il est intéressant de savoir ce que devient la secrétion urinaire après la néphrectomie. Les urines tombent immédiatement après l'opération à 200 ou 300 grammes en

---

(1) Voir le chapitre premier.

(2) Wiener medizinische Wochenschrift (Vienne, 28 février 1914).

24 heures. Ce chiffre se maintient deux ou trois jours, puis le taux urinaire s'élève progressivement et arrive au chiffre normal comme si les deux reins secrétaient encore.

On ne peut évidemment pas invoquer une hypertrophie compensatrice, car la secrétion normale est établie au bout de 10 jours environ, temps manifestement trop court pour permettre une hypertrophie marquée du parenchyme.

Mais, plus tard, le maintien des urines au taux normal est dû certainement à l'hypertrophie compensatrice. Celle-ci n'a lieu que dans les cas où le rein est normal en totalité ou en partie : ce sont les conclusions de Rayer, Simon, Tuffier.

S'il est atteint de néphrite parenchymateuse, l'hypertrophie ne se fait pas. La quantité de parenchyme nécessaire doit égaler le quart du poids du rein. Si elle est moindre, l'hypertrophie ne se produit plus. Ce quart de rein va arriver à faire un rein de poids normal par hyperplasie des anciens éléments et néoformation de glomérules autour de bourgeons vasculaires émanés des anciens vaisseaux.

b) *Complications tardives.* — Elles sont peu nombreuses. On observe quelquefois une hernie au niveau de la cicatrice opératoire ; c'est ce qui est arrivé au blessé du docteur Pamard, dont nous présentons l'observation complète. Il présenta huit mois après l'opération une hernie au niveau de la cicatrice.

Nous allons supposer que le néphrectomisé a échappé à toutes ces complications et qu'il a tous les attributs d'une santé normale. Devons-nous le considérer comme un homme qui possède ses deux reins? Cette question est

de première importance au point de vue de la loi sur les accidents de travail, car s'il est reconnu que le néphrectomisé est un diminué au point de vue professionnel, il y aura lieu de l'indemniser.

Eh bien non ; ce néphrectomisé ne peut pas être assimilé à un individu normal. Les auteurs ne l'ont pas toujours admis ainsi. Le Dr Stern, de Düsseldorf, fit une communication sur deux cas d'intervention pour rupture du rein, au Congrès des Médecins Allemands, tenu à Aix-la-Chapelle, du 16 au 22 septembre 1900. Il avait fait la néphrectomie pour l'un des deux blessés, et à ce propos, il se demandait s'il ne fallait pas allouer une rente viagère à ces opérés assurés contre les risques du travail. Il disait avoir lui-même accordé, dans ces circonstances, une rente de 60 0/0 à un de ses malades. Les Drs Krabbel et Bardenheuer furent d'avis qu'il n'y avait aucune raison d'accorder une rente, si aucune déchirure de viscères concomitantes ou aucune complication n'existait car l'autre rein supplée le rein absent.

On pourrait objecter encore que nombreux sont les cas où le porteur d'un seul rein a lutté victorieusement contre une pneumonie, une maladie infectieuse ; où une femme néphrectomisée a pu faire les frais d'une grossesse et avoir un accouchement normal, comme dans le cas rapporté par Brun : les cas où un néphrectomisé a subi une deuxième intervention sans dommage : telle la malade du Dr Bazy, qui subit, sans aucune complication et 11 ans après la néphrectomie, une hystérectomie totale pour kystes bilatéraux des ovaires.

Il n'en reste pas moins vrai qu'un néphrectomisé est un diminué au point de vue résistance physiologique. Nombreux sont les exemples qui le prouvent.

L'opéré du Dr Pamard, à l'hôpital d'Avignon, ne pré-

sentait aucun trouble à l'époque où la première expertise eut lieu six mois après l'intervention ; mais, quand 9 mois après la première, une deuxième expertise fut ordonnée, le Dr Martinaud, de nouveau commis expert, constata de la polyurie trouble, symptomatique d'une pyélonéphrite.

Le professeur Pousson, interrogeant des médecins militaires, en a obtenu la déclaration qu'ils refuseraient un néphrectomisé au Conseil de révision.

Le professeur Jeannel (1) a fait, à la Société de Chirurgie de Toulouse, une communication intéressante sur l'avenir des reins traumatisés, en se basant sur l'observation d'une fillette dont un rein fut supprimé par contusion à la suite d'un accident d'automobile. En effet, un épanchement uro-hématique périrénal s'était constitué et avait fait office de ligature sur l'uretère en le comprimant. Quand le professeur Jeannel fit le cathétérisme des uretères, le 4 décembre 1911, l'accident ayant eu lieu en mars de la même année, il constata qu'un uretère était définitivement et complètement bouché. Il estima le dommage à 10.000 francs et le professeur Jeanbrau (2) pense que ce chiffre serait certainement insuffisant chez une personne astreinte à des besognes pénibles.

Le néphrectomisé est donc un diminué au point de vue social. N'est-il d'abord pas astreint à une surveillance constante de l'alimentation, dont il faudra lui tenir compte ?

Ne doit-il pas s'interdire certaines professions pénibles ? Vienne une brûlure étendue, un grand traumatisme, une infection grave quelconque ; le néphrectomisé sera certai.

---

(1) Archives médicales de Toulouse (15 juin 1912).

(2) Forgue et Jeanbrau. Guide pratique du Médecin dans les Accidents de travail, 3e édition, 1914.

nement en état de moindre résistance et succombera là où un sujet normal aurait résisté.

Le néphrectomisé est un sujet particulièrement vulnérable aux infections, comme l'ont reconnu Kaufmann, Remy, Giordano, Godblewski, Ollive, Le Magneur, Jeanbrau et Imbert.

M. Jeanbrau, ayant eu à donner son avis sur le cas du blessé X... (voir l'observation) conclut à une incapacité ouvrière de 50 o/o. « L'ablation d'un rein, écrit-il, constitue pour l'ouvrier une mutilation importante qui le place dans un état d'infériorité infiniment plus grave que celui entraîné par la perte d'un membre inférieur, bien qu'il conserve l'apparence d'intégrité corporelle. Tous les efforts violents, toutes les fatigues résultant d'un travail prolongé, effectué dans des conditions d'hygiène insuffisantes, aggraveront son état. Il est donc dans un état d'incapacité permanente d'au moins 50 o/o. »

Plus graves encore seront les conséquences de la néphrectomie chez un homme dont le rein qui subsiste est déjà malade, atteint, par exemple, de tuberculose, de néphrite, de lithiase. Le pronostic devient alors extrêmement sévère, car l'insuffisance rénale ne tardera pas à se montrer : le blessé sera sous la menace permanente de l'urémie.

D'ailleurs au point de vue de la loi de 1898 qui ne tient aucun compte de l'état antérieur et qui exige seulement la filiation chronologique des faits, la conduite du médecin est simple : il suffit d'établir la relation de cause à effet entre l'accident et la maladie.

En l'occurrence, si le blessé meurt d'urémie après la néphrectomie, il faudra allouer aux ayants droit l'indemnité maxima.

Nous conclurons donc, avec le professeur Legueu (1), que la néphrectomie place le blessé dans des conditions moins favorables que celle où il se trouvait avant l'accident, surtout s'il exerce une profession pénible ou insalubre. Même si le néphrectomisé guérit, et malgré qu'il présente les attributs d'une santé parfaite, il n'en reste pas moins un diminué au point de vue social.

(1) Legueu. Chirurgie du rein et de l'uretère.

CHAPITRE V

COMMENT EVALUER L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL OU LE DOMMAGE RÉSULTANT DE LA PERTE D'UN REIN ?

Cette question est difficile à résoudre. Nous avons demandé à M. Jeanbrau comment il était possible d'y répondre, et voici le texte de la note qu'il nous a remise :

« Tout d'abord, il faut distinguer deux éventualités : 1° le cas d'un blessé soumis au droit commun ; 2° le cas d'un blessé assujetti à la loi sur les accidents du travail.

1° *Cas soumis au droit commun.* — En vertu des articles 1382 et suivants du Code Civil, le blessé doit intenter un procès à la personne responsable et prouver devant le Tribunal :

1° La réalité du préjudice subi ;

2° La faute qu'engendre la responsabilité ;

3° L'importance du préjudice subi.

Ces preuves étant faites, le Tribunal accorde une indemnité correspondant à l'intégralité du préjudice subi.

La seule difficulté, en l'espèce, consiste donc à déterminer à quelle indemnité pécuniaire (capital ou rente)

correspond la réparation du préjudice causé par une néphrectomie pour rupture traumatique d'un rein. On conçoit que cette indemnité ne puisse être la même pour un vieillard à charge à ses descendants et pour un père de famille de 40 ans, en pleine activité productive.

Voici comment les Tribunaux civils interprètent ces questions d'indemnité :

1° Lorsque la victime n'exerce aucune profession et n'occupe aucune fonction rémunératrice, on procède par comparaison, soit avec les sommes ordinairement stipulées, pour les personnes de sa condition sociale, dans les polices d'assurances contre les accidents ou sur la vie, soit avec les sommes allouées par des jugements antérieurs à des victimes d'accidents de même nature.

Si nous admettons que la perte d'un rein réduise d'un tiers ou de moitié la résistance physique et la valeur sociale d'un homme, on évaluera le dommage au tiers ou à la moitié de la somme accordée en cas de mort.

2° Lorsque la victime exerce une profession ou une fonction rémunératrice, c'est beaucoup plus simple : les gains annuels représentent une base de calcul certain.

Si donc, on estime que la perte d'un rein (l'autre étant sain) diminue de moitié la valeur vitale de la victime, on calculera, pour fixer l'indemnité qui est due, la somme qu'elle aurait pu, en bloc, gagner jusqu'à l'époque normale du décès indiquée par les tables de mortalité des Compagnies d'Assurances-Vie. La moitié de cette somme correspondra au chiffre de l'indemnité.

Si le second rein était malade au moment de l'accident qui a nécessité la néphrectomie, et qu'on estime que la valeur vitale du blessé est diminuée des trois quarts, on fixerait l'indemnité à une somme représentant les trois

quarts de celle que la victime aurait pu gagner jusqu'à sa mort.

2° *Cas assujettis à la loi de* 1898. — La loi de 1898 a introduit une innovation dans la répartition des blessures survenues « au cours ou à l'occasion du travail ».

Elle dispense la victime de prouver (ce qui lui était en général impossible) la faute ou l'imprudence de l'employeur qui seules engendraient la responsabilité. Elle indemnise automatiquement tous les accidents, puisqu'elle est basée sur le principe suivant : les patrons qui recueillent le bénéfice d'une industrie doivent en supporter les charges et couvrir en particulier les risques professionnels dont leurs ouvriers sont victimes.

Le « risque professionnel » qui a remplacé dans la loi de 1898, l'obligation de prouver la faute de l'employeur, résume, en somme, l'ensemble des dangers courus par un ouvrier dans l'exercice de sa profession, non seulement quand le patron a commis une imprudence, mais quand le blessé a été lui-même fautif ou imprévoyant.

Comme les statistiques ont permis de montrer que sur 100 accidents du travail :

25 sont dus à la faute de l'ouvrier,
25 — — du patron,
50 aux cas fortuits, aux cas de force majeure ou à des faits inconnus, il était logique de diviser les risques et d'en faire supporter la moitié par les patrons, la moitié par les ouvriers.

Cette conception a conduit le législateur à n'accorder qu'une indemnité *forfaitaire*, c'est-à-dire calculée non pas d'après la nature de l'infirmité, mais d'après la réduction de salaire entraînée par elle, sans lui être égale. L'indemnité est toujours fixée, quels que soient l'âge, la profession, la nature de la blessure, à la moitié de la

réduction de salaire que l'infirmité est supposée devoir provoquer.

Si donc un blessé, assujetti à la loi de 1898, est néphrectomisé pour contusion du rein et qu'on évalue à 50 °/₀ la réduction de capacité qui résulte de la perte du rein, il obtiendra une rente égale au quart de son salaire annuel. Si l'on exprime par S le salaire annuel et par $\frac{50}{100\times2}$ la moitié de la réduction de salaire, la formule $\frac{S\times50}{100\times2}$ donne le chiffre cherché. Soit un ouvrier dont le salaire annuel était de 1950 francs : la formule $\frac{1950\times50}{100\times2}$ donne 487 fr. 50, chiffre de la rente annuelle et viagère que le tribunal accordera à la victime.

Il est facile de calculer à quel chiffre se montera la rente, si l'on évalue la perte d'un rein, l'autre étant malade, à 75 ou 80 °/₀ du salaire.

OBSERVATIONS

Observation I

Due à l'obligeance du Docteur Paul Pamard, chirurgien en chef des Hôpitaux d'Avignon

Dans l'après-midi du 8 juillet, le nommé Q... D..., âgé de 22 ans est amené à l'hôpital Sainte-Marthe (Avignon), victime d'un grave accident. — Il conduisait un camion chargé de fûts vides, une dizaine environ, lorsque par suite d'un cahot il fut précipité sous la roue et tout un côté du camion lui passa sur le corps dans la région rénale gauche, le côté droit reposant sur le sol.

L'état général paraît normal ; le malade se plaint de douleurs à gauche ; son pouls bien frappé bat à 76.

L'examen local ne décèle aucune trace de contusion, pas d'ecchymose, pas de fracture de côtes. Le ventre est souple : la palpation est seulement assez douloureuse dans la région du rein gauche.

Les urines du malades sont très légèrement teintées ; la réaction de Weber est nécessaire pour déceler la présence du sang.

En présence de cet état, on conclut à l'abstention momentanée et on met le malade au repos avec du thé au rhum et de la limonade glacée comme boissons. Dans la soirée le malade vomit deux fois. — Il passe cependant une bonne nuit.

Le lendemain matin, 9 juillet, la température est de 37° 2, le pouls bien frappé bat à 80. — L'état général continue à être excellent. Les urines sont un peu plus teintées et sont brunes. Le ventre est légèrement tendu. On fait au malade une injection de 1 cc. de morphine et on applique de la glace sur le ventre.

Vers 16 heures, le même jour, le tableau change brusquement : le malade pisse du sang pur et en grande abondance. Le pouls monte rapidement à 120 ; Les extrémités se refroidissent : le malade accuse des bourdonnements d'oreilles et des vertiges. — Dans le flanc gauche on trouve une zone étendue de matité.

On pratique immédiatement une injection de 250 cm^3 de sérum. Le Docteur Pamard prévenu aussitôt décide d'intervenir. – L'anesthésie est faite à l'éther ; la désinfection du champ opératoire à la teinture d'iode.

Grande incision lombaire, courbe, prolongée sur la crête iliaque ; arrivé sur le plan musculaire on le trouve infiltré d'une sérosité rosée : cette coloration augmente, devient violacée au niveau du fascia rénal à travers lequel on voit le sang épanché dans la capsule.

Après incision de la capsule, issue de gros caillots. Le rein est attiré au dehors : son pôle supérieur, complètement détaché, tombe sur le champ opératoire : la partie moyenne du rein est aussi écrasée ; seul le pôle inférieur est intact. — Le pédicule est serré dans un clamp, sectionné et ligaturé :

Drainage par deux gros drains, bourrage de la cavité

à la gaze pansement à plat : quelques points de suture ont été placés aux extrémités de l'incision.

Immédiatement après l'intervention on injecte 2 cc. d'huile camphrée : le pouls n'est pas senti. — A 20 heures, lavage de la vessie d'où on extrait des caillots. — La nuit n'est pas trop mauvaise. — Nouvelles injections d'huile camphrée. Le lendemain le malade urine un peu. — Le pouls est à 120. On fait une injection de 250 cc. de sérum et de 0,25 de caféine.

Le 11 juillet, la température est de 38 ° 1 et 38 ° 2. — on purge le malade.

Le 12 juillet la température est de 38 ° 3. — On donne un lavement et le soir la température est tombée à 37 ° 5. — La quantité d'urines atteint 1500 cm³, elles sont toujours sanguinolentes. — Le pouls est à 112. — Le pansement est imbibé d'eau oxygénée pure. — On fait un lavage de la vessie et par aspiration on amène quelques caillots.

Le 13, la température est de 36 ° 9, le pouls à 96. On est obligé de sonder le malade. Le soir la température atteint encore 37 ° 4.

Du 13 au 16 juillet, la température se maintient entre 37 et 37° 5 ; le pouls entre 76 et 84. — La quantité d'urines, de coloration normale, atteint 2000 cm³ par jour.

Le 16 juillet on enlève les drains ; la température, le pouls sont normaux ; les gazes sont enlevées le 22 juillet ; la plaie bourgeonne bien. Le malade quitte l'hôpital dans le courant du mois d'août.

Après sa sortie, le blessé n'ayant pu s'accorder avec son patron, lui fit un procès.

Dans une première expertise du mois de février 1913, le Docteur Martinaud conclut à une incapacité permanente et partielle de 30 à 35 °/₀.

Plus tard une hernie s'est produite au niveau de la cicatrice, ce qui nécessite une seconde expertise, de nouveau confiée au Docteur Martinaud, qui conclut :

1° Le blessé Q... est actuellement en état manifeste d'infirmité permanente ;

2° Cette infirmité entraîne une incapacité permanente et partielle évaluée de 50 à 60 %.

Observation II

(Due à l'obligeance du professeur Estor et du Dr Arruffat, de Béziers)

Le 12 février 1914, le soldat D..., âgé de 20 ans, saute au champ de manœuvres un fil de fer de 25 centimètres de hauteur ; en courant, son pied accroche l'obstacle ; D... tombe en avant. Il portait son équipement, deux cartouchières avant, garnies de plomb pour faire le poids règlementaire des cartouches et une cartouchière arrière.

En tombant, la cartouchière avant gauche lui entre violemment dans le flanc ; le soldat pousse un cri et tombe dans un état demi-syncopal.

Ramené d'urgence à l'infirmerie, on trouve une voussure localisée à la région néphro-latérale avec empâtement allant en avant jusqu'au flanc gauche.

Défense musculaire intense ; le malade pisse du sang noir, on l'amène d'urgence à l'hôpital de Béziers dans l'état le plus grave, pouls intermittent et filant, état demi-comateux. M. le médecin-major Pourpre fait les soins d'urgence, huile camphrée, sérum, etc.

Le 13 février la journée est assez calme, on constate

encore de la défense musculaire, il y a peu d'urine et plus de sang.

Appelé en consultation, le Dr Arruffat, pensant à une lésion grave du rein avec hémorragie périrénale, conseille une intervention.

Le 14 février, le professeur Estor, appelé par la famille, se range à l'avis du Dr Arruffat et pratique une néphrectomie.

L'anesthésie est faite à l'éther. Une incision large permet d'arriver sur une collection sanguine abondante. Le rein apparaît éclaté au pôle supérieur. On passe un clamp ; ligature des artères, section du pédicule. Le clamp enlevé il se produit une hémorragie considérable provenant probablement d'une division de l'artère. Incision très large. nouvelle ligature. Pas de suture, pansement à plat.

Le malade est porté dans son lit. A 6 heures, syncope, injection intraveineuse de sérum, injection d'huile camphrée.

Le 15 février, température 37°5-38, 1 litre d'urine.

Le lendemain 2 litres d'urine, les suites deviennent normales.

Le 21 février on pratique les sutures secondaires des plans musculaires et cutanés.

Le 5 mars le malade part en convalescence de 3 mois. Le médecin-major a l'intention de demander pour lui la réforme n° 1 avec pension pour infirmité, suite de blessure contractée en service commandé.

Observation III

(Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris, 10 février 1914, p. 151)
Rupture traumatique de l'uretère et broiement du rein droit, par coup de jarret de cheval. — Néphrectomie lombaire. — Guérison.

Le 5 mars 1910, R..., cavalier du 5me chasseurs d'Afrique, est apporté à 11 heures du matin à l'hôpital du Dey d'Alger pour une contusion grave de l'abdomen et du flanc droit, par coup de jarret de cheval, reçu la veille au soir à 4 heures. Il a présenté, à la suite de l'accident, des hématuries répétées sans grande abondance.

La paroi abdominale est contracturée en totalité, la douleur est prédominante dans l'hypocondre et le flanc droit. Le pouls est à 56, la température est de 37°2.

On applique tout d'abord sur la région une large vessie de glace et on observe le blessé. A 2 h. 1/2 on trouve une augmentation de la contracture pariétale, on se décide à une intervention.

Chloroforme : désinfection à la teinture d'iode. Incision en dehors du grand droit ; pas de déchirure intestinale, foie intact.

Deuxième incision pour explorer le petit bassin et la vessie qui sont trouvés normaux. On constate au cours de cette intervention un hématome de la loge rénale, auquel on ne touche pas.

Le 12 mars, sept jours après, devant une température de 38°8, on pratique une nouvelle intervention. L'hématome est ouvert par l'incision de la ligature de l'iliaque.

Pus à anaérobies, malodorant. On place deux drains, un vers le haut, l'autre vers le bas.

La température tombe.

Quelques jours après, on constate l'issue d'urine par les drains.

Le 29 mars, 24 jours après l'accident, on intervient pour la 3me fois. Incision recto curviligne de Guyon, de la 12me côte à l'épine iliaque. On trouve du pus dans la loge rénale.

La moitié inférieure du rein n'est qu'un foyer contus, plus ou moins écrasé ; le 1/3 inférieur est presque séparé des 2/3 supérieurs, et la brèche entame la face antérieure ; trois calices sont ouverts largement dans la plaie du rein et y déversent l'urine.

L'urétère est déchiré à quelques centimètres et sa continuité n'est maintenue que par une étroite lanière ; il est comme étiré, les lèvres de la déchirure mâchées et altérées par la suppuration. On procède à l'ablation du rein. La décortication est facile, le pédicule est court et inextensible, ce qui empêche l'extériorisation du rein. On applique deux longues pinces sur le pédicule vasculaire et on les laisse à demeure pour suppléer à l'imperfection des ligatures. Pansement à plat, sans suture.

Suites simples : les pinces sont enlevées au 4me jour.

Au mois de juin, R... est rétabli, son rein sécrète 1100 à 1200 centimètres cubes. Les cicatrices sont souples, indolores, résistantes.

CONCLUSIONS

I. — Les contusions graves du rein, suites d'un accident de travail, conduisent presque toujours le blessé à subir une néphrectomie.

II. — La néphrectomie est indiquée

1° dans les cas d'urgence:

(*a*) pour rupture ou déchirure du rein;
(*b*) pour rupture de l'artère rénale ou d'une de ses branches;
(*c*) pour rupture ou déchirure du bassinet ou de l'uretère.

2° dans les cas de complications d'origine traumatique :

(*a*) complications infectieuses (pyélonéphrite, abcès et phlegmon périnéphritiques, pyonéphrose);
(*b*) complications non infectieuses (hémorragies intra-péritonéales ou périrénales ; hydronéphrose traumatique; oblitération de l'uretère);
(*c*) complications tardives (abcès ou calculs);

3° dans les cas d'aggravation d'affections préexistantes:

(*a*) tuberculose rénale ;
(*b*) hydronéphrose;
(*c*) lithiase urinaire;
(*d*) dégénérescence kystique ou amyloïde;

III. — Le néphrectomisé n'est plus un individu normal; c'est un infirme (Kaufmann, Jeanbreau, Imbert etc...); diminué au point de vue social (Legueu) et, si c'est un accidenté du travail, il a droit à une indemnité.

Il résulte pour le blessé, du fait qu'il a subi une néphrectomie, une incapacité de travail permanente et partielle de 30 à 60 °/₀ suivant les auteurs, et suivant, aussi, les suites opératoires.

Dans le cas du blessé de l'observation I la première évaluation de l'incapacité, de 30 °/₀ est portée à 50 ou 60 °/₀ après la constatation d'une hernie au niveau de la cicatrice.

BIBLIOGRAPHIE

Albarran et Leon Bernard. — Archives de Médecine expérimentale, janvier 1903.

Albertin. — Néphrecto-uretérectomie totale. Société de Chirurgie de Lyon, 26 février 1912.

Barral. — Thèse de Lyon, 1909-1910.

Beall. — Subcutaneous Rupture of the kidney. Medical record. (New-York, 11 janvier 1913.)

Bouget et Violet. — Néphrectomie pour hydronéphrose. Lyon Médical, 26 janvier 1913, 26 février 1913.

Bazy. — L'avenir des Néphrectomisés.

Bordenave. — Thèse de Bordeaux, 1909-1910.

Crotet. — Thèse de Paris, 1901.

Cathelin. — Les traumatismes du rein. Paris chirurgical, t. IV, n° 8, octobre.

Clark. — A case of traumatic rupture of the kidney. The Railway surgical journal Chicago.

Clement. — Néphrectomie lombaire pour morcellement traumatique du rein. Revue médicale de la Suisse normande, 20 novembre 1912.

Delbet (P.) — Annales des maladies des organes génito-urinaires, juin-juillet 1901, t. XIX, n° 6.

Delbet (P.) — Revue de chirurgie, juillet et août 1913.

DORDONNAT. — Thèse de Paris 1896.

EHRENPREIS. — Rupture complète du rein. Société Anatomique de Paris, 2 mai 1913.

FORGUE et JEANBRAU. — Guide pratique du médecin dans les accidents du travail, 3e édition, 1914.

FREDET. — Rupture traumatique d'un rein, traitée par la suture. Soc. de Chir. Paris, 2 décembre 1908.

FRANK. — Archiv. f. klin. Chir. t. 83, 1907, XXIV, p. 546.

GUTTERBOCK. — Beitrage zur Lehre von den Nierenverletzungen. Archiv. für klinische Chirurgie, 1896, t. 51, p. 225.

CH. L. GIBSON. — Rupture du rein chez l'enfant. Medical and surgicals reports Saint Luke's Hospital, New-York.

HÉDOUIN. — Néphrites bilatérales consécutives à des lésions traumatiques d'un seul rein. Thèse de Paris, 1904-1905.

GOLDSTEIN. — Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie. Leipzig, 1902 vol. 64, (p. 87-98).

HERZOG. — Ueber Nierenverletzungen. Munchener medical Wochenschrift 1890 nos 11 et 12.

HOBERMANN. — Un cas de rupture sous-cutanée et sous-capsulaire du rein. Chirurguitchesky. Archiv. Véliaminova, St-Pétersbourg, t. XXVIII. 1912.

JEANBRAU. — Les traumatismes des reins devant la loi sur les accidents. *La Médecine des accidents*, octobre 1908.

JULLIEN. — Hématonéphrose traumatique. Thèse de Paris, 1903-1904.

KUMMEL. — Das spàtere Schiksal der Nephrektomirten. Archiv. für klinische Chirurgie. Berlin, 26 mai 1913.

KUMMEL. — Le sort ultérieur des néphrectomisés. XLII[e] Congrès de l'Ass. Allemande de Chirurgie, Berlin, avril 1903.

KÜSTER. — Die chirurgischen Krankheiten der Nieren, Stuttgart, 1896.

LAMBERT. — Rupture of the spleen and left kidney, opération Recovery. Australian medical journal (Melbourne), 30 novembre 1912.

LANDENNOIS. — Thèse de Paris, 1908.

LEGUEU. Rupture traumatique complète de l'uretère. Bull. et Mémoires de la Société de Chirurgie, Paris, 28 janvier 1914.

LEGUEU. — Chirurgie du rein et de l'uretère.

LEGUEU. — Les ruptures du rein. Journal des praticiens, 31 août 1912.

LEJARS. — Chirurgie d'urgence.

MARCORELLI. Rupture du rein. Hématurie tardive. Néphrectomie. Société médico-chirurgicale, 9 mars 1912.

MIGNON. — Archives de Médecine et de Pharmacie militaires. Rapport sur les conséquences de la néphrectomie, au point de vue des droits que cette opération peut ouvrir à la réforme ou à la retraite, juin 1913.

MOINEAU. — Thèse de Paris, 1900.

MORRIS. — Surgical diseases of the kidney and ureter, 1901, p. 116.

PANCHET. — Les ruptures du rein. La Clinique, Paris, t. VII, n° 46, 15 novembre 1912.

PÉRAD. — Un cas d'exclusion de l'uretère iliaque, néphrectomie, guérison. Archives provinciales de chirurgie, Paris, 2 février 1913.

POUSSON. — The American Journal of urology (New-York,

mars 1913 ; the future of the Nephrectomiyer.

Ricard. — Un cas de broiement du rein. Néphrectomie. Presse Médicale, 10 mars 1900.

Séjournet et Perdoux. — Rupture traumatique du rein Néphrectomie d'urgence, guérison. Société anatomique de Paris, 1er mars 1912.

Schwartz. — Déchirure du rein. Presse Médicale, 17 mars 1900.

Souligoux. — Déchirure du rein. Néphrectomie. Presse Médicale, 18 avril 1900.

Stefani — Néphrectomie pour rupture complète du rein gauche; grave érysipèle post-opératoire, guérison. Société de Médecine et de Climatologie de Nice, 27 février 1914.

Stern. — 2 cas de déchirure du rein. Centralblatt fur Chirurgie, 1900, p. 1060, Düsseldorf.

Waldvogel. — Ueber Nierenverletzungen Deusche Zeitschrift f. Chirurgie 1902, v. 64, p. 99.

Watson. — Subparietal injuries of the kidney. Boston Médical and chirurgical journal 1903, vol. 149, p. 29.

Watson. - Boston médical and surgical journal 1903, t. 149, p. 31.

Vu et permis d'imprimer,
Montpellier, le 18 juillet 1914,
Le Recteur,
A. BENOIST.

Vu et approuvé,
Montpellier, le 18 juillet 1914.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leur enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !